

AoK	Ikk	bkk	ikk	VdAK	Aev	Knappschaft	Privat
Name des Versicherten							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Datum / Stempel

Ich bitte um Vornahme folgender Leistungen:

Digitale Volumentomographie (DVT) / Röntgenaufnahme _____

- Beratung Fragestellung: _____
 Behandlung Rücksprache erbeten

- Entfernung folgender Zähne
 Zahnfreilegung ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
 Zahnsanierung mit Intubationsnarkose ⑧ ⑦ ⑥ ⑤ ④ ③ ② ① | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧
 Wurzelspitzenresektion mit orthograde WF, mir retrograder WF
 Parodontalchirurgie

- Präprothetischer Eingriff
 Implantatberatung regio _____ bevorzugtes Implantatsystem: _____
 Knochenaufbau
 Zystektomie regio _____
 Untersuchung und Behandlung von Kiefergelenkbeschwerden
 Fokussuche
 Traumatologie / Unfall _____
 Begutachtung _____
 Abklärung eines unklaren Befundes Bereich / regio _____

Sonstiges, Bemerkungen: _____

- Behandlung in Vollnarkose Analgosedierung LA

- Bericht via: Telefon Mail Fax Brief
 Bemerkungen: _____

Datum, Unterschrift